

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Cartella Clinica n. 2023100010

VERBALE PARZIALE DI PRONTO SOCCORSO

Cognome e nome	Sesso	Codice Fiscale
CQTEST BAMBINA3	Femminile	CQTBBN16E43Z356X 
Comune nascita: :	Stato Nascita: TANZANIA	Data Nascita: 03/05/2016
Cittadinanza: TANZANIA		
Residente a:	In:	
Domiciliato a:	In:	
Regione:	ASL:	Telefono rif.:

Causa dell'accesso: Stato Morboso

Data e ora di accesso: 20/07/2023 – 09:29

Data e ora di dimissione: 20/07/2023 09:34

## ANAMNESI

test test

Data	ora	Medico
20/07/2023	09:32	Iuddi

## ESAME OBIETTIVO

test

Data	ora	Medico
20/07/2023	09:32	Iuddi

## PRESTAZIONI ED ACCERTAMENTI RICHIESTI

## PRESTAZIONI ED ACCERTAMENTI EFFETTUATI

visita di pronto soccorso

## PARAMETRI VITALI

All'esame obiettivo:

Rilevazioni successive:

CONSULENZA

REFERTO

IL MEDICO

## TERAPIA

CRC047946AE Rappresentazione di un documento firmato elettronicamente, secondo la normativa vigente. Num. Certificato 65871AE5E39D70D0  
emesso da Actalis S.p.A. - Firmatario: Devid Masini - Data e ora della firma: 18/12/2023 10.50.01 Documento n° PA-  
LT/202310001000406829270009 1/2

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Cartella Clinica n. 2023100010

DIARIO CLINICO

NOTE E PRESCRIZIONI

CONTROLLI CLINICI c/o MMG

- Inabilita' al lavoro : No

ESITO

Dimesso

DIAGNOSI

test

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Cert. INAIL

☐ Denuncia Morso Animale

☐ Pagamento Ticket

☐ Relazione Medica

☐ Denuncia Malattia Infettiva

☐ Ref. Aut. Giudiziaria

☐ Richiesta Risccontro Autoptico

☐ TSO

☐ Catena di Custodia

[x\_citta@d], li 18/12/2023 10:49

Il medico

[x\_qual@d] [x\_nome@d] [x\_cognome@d]

Operatore di Stampa: veradmin veradmin

